Über

# die Betreuung der Lupuskranken im Bezirk Rheinland

der Deutschen Arbeitsfront.

---

## Inaugural-Dissertation

zur

**Erlangung der Doktorwürde**

der

**Hohen Medizinischen Fakultät**

der

**Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität**

**zu Bonn.**

Vorgelegt am 31. Dezember 1936

von

**Albert Niesen**

aus Sinzig.

---

Druck von H. Trapp, Bonn, Stiftsgasse 11 / 1937.

Gedruckt mit Genehmigung
der hohen medizinischen Fakultät der Universität Bonn.

---

Referent: Prof. Dr. Klövekorn.

Korreferent: Prof. Dr. Grütz.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552322_0023

„Im Anschluß an die Umwandlung des Deutschen Zentral-Komité's zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Reichs-Tuberkulose-Ausschuß" vollzieht sich in der Lupusbekämpfung eine grundlegende Änderung der Organisation. Die bisherige Lupuskommission ist aufgelöst; ihre Aufgabe übernimmt, soweit es sich um die geistige Führung handelt, der Reichs-Tuberkulose-Ausschuß. Entsprechend der stärkeren Betonung einer autoritären Führung sind in den Einzelgebieten des Reiches hervorragende Fachärzte als Beauftragte für die Lupusbekämpfung in ihrem Bezirk eingesetzt worden. Von der Erwägung ausgehend, daß es sich bei der Bekämpfung des Lupus in der Hauptsache um eine Angelegenheit der Krankenbehandlung und Krankenpflege handelt, werden Geldmittel seitens des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses dafür nicht mehr bereitgestellt. Es ist aber durch Verhandlungen mit der Deutschen Arbeitsfront, Gesamtverband der deutschen Arbeiter, gelungen, diesen Verband so für die Lupusbekämpfung zu interessieren, daß er nicht nur beschlossen hat, einen erheblichen Geldbetrag für die Schaffung einer wirksamen Organisation zur Ausrottung dieser Krankheit zur Verfügung zu stellen, sondern auch gegenüber den Spitzenverbänden der Gemeinden und der Versicherungsträger als Prüfer im Streit aufzutreten. Dem warmen Appell an die Solidarität aller für die Wohlfahrt des Volkes arbeitenden Stellen und dem Beispiel der Deutschen Arbeitsfront ist es zu verdanken, daß vor allem die Krankenkassen-Verbände sich bereit erklärt haben, dafür einzutreten, daß in Lupus-Fällen über die gesetzliche Verpflichtung hinaus solange Krankenhilfe geleistet wird, als es zur Heilung nötig ist.

Durch diese Maßnahme wird das Schwergewicht der Lupus-Bekämpfung in Zukunft in die Bezirke verlegt, deren Abgrenzung sich nach den Bezirken der Deutschen Arbeitsfront richtet.

Um ganze Arbeit zu leisten, ist ein scharf umrissenes Pro gramm der Lupusbekämpfung aufgestellt, durch das vor allen dem bisher oft beklagten Übelstand abgeholfen werden soll daß die Kranken zu spät in Behandlung kommen und daß de Erfolg der einmaligen Behandlung durch Vernachlässigung seiten der Kranken oder durch Unterbleiben der Nachbehandlung in folge Geldmangels wieder zunichte gemacht wird. Die wesent lichsten Punkte dieses Programms sind: karteimäßige Erfassung aller Kranken mit Hauttuberkulose (Lupus) und aller Verdächti gen, fachärztliche Untersuchung, sachgemäße Behandlung, vor wiegend in besonders dafür ausgewählten Krankenanstalten (Universitäts-Hautkliniken, Lupus-Heilanstalten, Hautabteilungen größerer Krankenhäuser), Überwachung durch die Tuberkulose Fürsorgestellen und regelmäßige Nachkontrolle der aus der Be handlung Entlassenen, Fortbildung der Ärzte in der Beurteilung und Erkennung des Lupus und Aufklärung breitester Schichten über das Wesen dieser Krankheit."

Dieser im Reichsgesundheitsblatt 1933, Heft 48, veröffent lichte Erlass hatte eine lange Vorgeschichte.

Im Jahre 1884, zwei Jahre nach seiner großen Entdeckung wies Robert Koch den Tbc-Bazillus in Lupusherden nach. Dou trelepont konnte im gleichen Jahre auf dem Kopenhagener Kongreß durch seine eigenen Untersuchungen bestätigen, daß die Haut nicht voll widerstandsfähig gegen den Tuberkel-Bazil lus sei. Wenige Zweifler, vor allem Kaposi, mußten sich diese neuen Ansicht durch die weiteren Kontrollen von Neisser Unna und Pfeiffer beugen. Trotz der damals noch feststehen den Meinung von der Unheilbarkeit der fressenden Flechte wag ten kurz vor Beginn der Jahrhundertwende wenige tatkräftige Männer den Kampf gegen diese entstellende Krankheit. Eduard Lang, Nils R. Finsen wurden die ersten unermüdlichen An führer dieser Aufgabe.

Doutrelepont, unter dessen Leitung die Bonner Haut klinik zu einem der vorbildlichsten Institute Deutschlands in de Lupuskranken-Bekämpfung und -Betreuung im Anschluß an

R. Koch's Entdeckung wurde, ist führend unter den wenigen deutschen Lupusärzten der damaligen Zeit zu nennen. Er arbeitete in dem Bereiche seiner Klinik, den damaligen Möglichkeiten entsprechend, in der Lupuskrankenüberwachung nach einem System, durch welches er außer den guten Heilerfolgen eine dauernde Quelle für seine wissenschaftlichen Arbeiten und damit die Grundlage der Therapieverbesserung hatte. 1884, in einer Veröffentlichung über 25 Lupuserkrankte, prägte er den Grundsatz: „Der Lupus ist eine Form der Tuberkulose der Haut." Ebenso wies er zur gleichen Zeit auf die scharfe Trennung von Lupus und Lues hin.

Durch seine histologischen Untersuchungen und Tier-Impf-Versuche mit lupuserkranktem Gewebe — neben der Richtigkeit der Lehre Koch's die Hartnäckigkeit des Lupus voll erkennend — forderte Doutrelepont schon im Jahre 1884 eine planmäßige Überwachung der Lupuskranken. In seiner Klinik ist diese, den Verhältnissen der Zeit entsprechend, vorbildlich durchgeführt worden.

Außer seinen schriftlichen Veröffentlichungen leistete Doutrelepont segensreiche Arbeit durch Halten von Vorträgen in den Sitzungen der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, in denen er seine Erfahrungen über Diagnose, Differentialdiagnose, Therapie-Erfolge und -Mißerfolge einem großen Ärztekreis mitteilen konnte.

Eduard Lang, der in Wien 1892 durch seine operativ-plastischen Methoden unter Mitarbeit von Hans von Hebra den Beginn seiner ersten Erfolge in der Lupus-Bekämpfung sah, zeigte 1900 auf dem Internationalen Ärztekongreß in Paris behandelte Lupusfälle. Zum ersten Mal sah dort die europäische Ärzteschaft geheilten Lupus bei einer größeren Patientenzahl, da gleichzeitig Finsen's verblüffende Erfolge ebenfalls an dessen zahlreichem geheilten Krankengut gezeigt wurden.

In den Neunziger Jahren begann Finsen seine ersten Versuche mit der Lichtbehandlung in der Medizin. In seinem Werk, „Über die Anwendung von konzentrierten chemischen Lichtstrahlen in der Medizin", gab er erstmalig seine Berichte. Mit Regenwürmern, Käfern, Salamandern, dem Ohrläppchen

seiner Braut, betrieb er im Sonnenlicht „spielerische Versuche", wie seine Kollegen sie bezeichneten. Aber gerade diese „Spielereien" eröffneten ihm die heilbringende Wirkung des Lichts in der Medizin; sie brachten ihm die grundlegende Erkenntnis zu seinem Lebenswerk und Erfolg. Von allen Kollegen verlacht, versuchte er die heilbringende Kraft des Lichtes zuerst bei einem lupuskranken Ingenieur des Kopenhagener Elektrizitätswerkes, welcher, von besten Ärzten des Landes behandelt, als unheilbar galt. November 1895 begann Finsen, die fehlende Sonne durch eine Kohlenbogenlampe ersetzend, seinen ersten Lupuskranken inmitten der Maschinen im Elektrizitätswerk — denn ein anderes Haus stand ihm nicht zur Verfügung — monatelang zu betreuen. Die unendliche Geduld Finsen's und des Patienten wurde belohnt. Der erste Kranke war geheilt! Dies veranlaßte hochherzige vermögende Spender nebst einigen Kollegen Finsen die Mittel und Gelder zu bringen, die seine ausgezeichnete aber teure Behandlung der meist wirtschaftlich schlecht gestellten Kranken verlangte. Trotz der ausbleibenden Unterstützung und Anerkennung der größten Zahl seiner Kollegen errang Finsen schnell das Vertrauen der scheuen Lupuskranken. Er war in wenigen Jahren der Arzt der „lebendbegrabenen" Patienten geworden. In Propaganda und finanzieller Hilfe in kurzer Zeit vorbildlich durch das dänische Königshaus und die staatliche Anerkennung unterstützt, war bald die erste Lupus-Heilstätte, die richtungsweisend für alle europäischen Länder wurde, errichtet und von Finsen und seinen hervorragenden Schülern zum Wohle der Ärmsten der Armen geleitet. Mit der Verleihung des Nobel-Preises im Oktober 1903, den der totkranke aber noch immer arbeitende Forscher im Juni 1904, drei Monate vor seinem Tode empfing, dankten die Wissenschaftler der Welt diesem Bahnbrecher, der innerhalb von vierzehn Jahren die Grundlagen zu seinem Lebenswerk und dessen Erfolg erlebte. Ihm war es zum ersten Male gelungen, die Unheilbarkeit des Lupus ins Wanken zu bringen.

Ein Jahr später wurde die erste provisorische Lupus-Heilstätte durch die Initiative von Lang und seinen Gönnern, die

in einem Verein „Lupusheilstätte“ die Mittel aufgebracht hatten, eröffnet und ebenfalls bald durch den Staat unterstützt. Auch dieser Vorkämpfer für das Lupusproblem erhielt Anerkennung und Ehrung durch den Internationalen Tuberkulose-Kongreß in Washington (1908).

Die Finsen-Erfolge in Dänemark gaben den wenigen Lupus-Ärzten aller führenden europäischen Länder neuen Mut und, was wohl das Wichtigste in der Lupusbekämpfung schon immer war, nach und nach die staatliche Anerkennung. In allen großen europäischen Städten wurden Finsen-Abteilungen eingerichtet; in Bern von Jadassohn, in London von Sequeira, in Stockholm von Möller, in Paris von de Beurman Leredde, in Petersburg durch die Zarin Mutter, einer dänischen Prinzessin. Als einer der ersten in Deutschland ist Lasser, ferner Neitner, Neisser, Lesser, Meirowsky, Kirchner u. a. zu nennen. In dieser Zeit wurde nicht nur einem großen Teil der gegenüber dem Lupusproblem abseits stehenden Ärzteschaft, sondern auch den verantwortlichen Führern der Staaten klar, daß ein Hilfswerk für die Lupösen eine der edelsten Aufgaben eines jeden Kulturstaates sei. „Es gehörte,“ wie H. Axmann einmal sagte, „damals zum guten Ton, Finsen-Apparate zu stiften.“

Weiter gestaltete sich auf den Grundlagen Finsen's ein reger Meinungsaustausch über die Therapie zwischen den Lupus-Ärzten. Freund in Wien befürwortete die kombinierte Röntgen-Behandlung. Trotz Warnungen seiner Kollegen, vor allem von Lang, griff er zu der Kombination des scharfen Löffels, des Kaposistifts und der Röntgenbestrahlung; besonders bei den Kranken, wo die langdauernde Finsentherapie zu kostspielig wurde. Schwere Atrophien, Röntgen-Carcinome als Fehlschläge bewiesen ebenso wie die ungenügenden Radiumstrahlen-Wirkungen anderer Versuche, daß die fressende Flechte kein leichter Gegner war und die Suche nach besseren und wirtschaftlicheren Behandlungsarten für die Zahl der schweren Lupuspatienten weitergehen mußte. Eine wertvolle Anregung brachten Nagelschmidt und Jacobi durch Veröffentlichung ihrer Erfahrungen über die Diathermie in Verbindung mit den altbekannten Ätz-

salben und der Röntgen-Therapie. All diese und weitere Versuche mit Behandlungsarten konnten zwar nicht die auch bis heute unübertroffenen kosmetischen Erfolge der Finsen-Therapie erreichen, jedoch bei zahlreichen Patienten, die durch Finsen-Licht nicht zu heilen waren (ca. ein Drittel aller Lupösen) oder die z. B. einen Lupus-Prozeß an nicht sichtbar entstellender Stelle des Körpers hatten, zu einer Heilung kürzer, billiger und dadurch sehr oft mehr zur Zufriedenheit von Arzt und Patient beitragend wirken.

Durch Zusammenfassung der treibenden Kräfte in der Lupus-Bekämpfung kam es im Jahre 1908 zur Gründung einer besonderen Lupus-Kommission des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Diese Lupus-Kommission wollte außer der Hilfe zum Heilstättenausbau, der Förderung der Therapie-Versuche, der wirtschaftlichen Unterstützung der Kranken, vor allem als erstes feststellen, wie viele Lupuskranke in Deutschland überhaupt vorhanden waren. Ferner gehörte zu dem Aufgabenkreis, den Ärzten eine Hilfe zu geben, die schon seit Jahren ganz auf sich selbst angewiesen, das Lupusproblem behandelten. Denn in der Zeit der Organisation der Lupusbekämpfung gab es in Deutschland schon dreißig vollwertige Lupus-Behandlungsstätten, die meist einem Krankenhause angeschlossen waren. Die Aufgaben der Kommission waren unerschöpflich; allein der Aufbau und besonders die Erfassung der Lupuskranken war unter den damaligen Verhältnissen nicht durchführbar. Wohl wurde bei ca. 31 000 Ärzten Deutschlands angefragt, wie viele Lupöse z. Zt. in Behandlung seien. 44 % antworteten nicht. Von den übrigen waren ungefähr zwei Drittel der Meldungen Fehldiagnosen. Trotzdem wurden insgesamt 11 354 Lupuskranke festgestellt. Auf 5 500 Einwohner 1 Lupöser. Die gemeldeten Fälle mit drei multiplizierend, dem Beispiele Finsen's folgend, ergab für Deutschland ungefähr 30 000 Lupuskranke. Aber diese Zählungen waren nicht zuverlässig, wie in den Veröffentlichungen auch zugegeben wurde. Finsen, der die Lupösenzahl Dänemarks feststellen wollte, ließ sich durch

die Geistlichen des Landes die Kranken melden, bei denen die Lupus-Diagnose durch Ärzte gestellt war; auch für das kleine Dänemark eine unverläßliche Methode. Die Statistiken der Vorkriegszeit aus Spanien, England, Ungarn, Amerika ergaben Zahlen von Lupösen, die für das Land nicht als richtig bewertet werden konnten. Wenn auch Deutschland und die nordischen Länder, die die Durchsuchung für die damalige Zeit aufs beste organisiert hatten, Zahlen von Lupuskranken angaben, so waren diese doch unsicher und unrichtig. Durch den Krieg wurden die erfolgversprechenden Arbeiten endgültig auf Jahre hinaus unterbrochen, die Heilstätten wurden Lazarette, eine geordnete Behandlung war unmöglich. Was durch den Krieg noch nicht an Organisation, Lupus-Einrichtungen und Arbeitsfreude vernichtet war, besorgte die nachfolgende Revolution und Inflation. Die notwendigsten Finanzen, die staatliche Unterstützung und nicht zuletzt die oft großen Spenden anonymer Philantropen der Vorkriegszeit waren nicht mehr vorhanden. Axmann, Erfurt, schreibt darüber treffend: „Die sogenannte „soziale Fürsorge“ ist eben allen wertvollen ärztlichen Leistungen gegenüber schlecht eingestellt und der billigste Arzt der beste“. In Deutschland war die Lupus-Bekämpfung durch alle diese Schläge lahmgelegt.

Die Methoden zur Organisation der Fürsorge für Lupuskranke waren inzwischen in den nordischen Ländern dauernd verbessert worden. Diese Länder hatten eine geringe Bevölkerungszahl, gute soziale Einrichtungen und vor allem die finanziellen Mittel neben der tatkräftigen Unterstützung der staatlichen Behörden. Grön in Norwegen arbeitete in den Kriegsjahren unter den günstigen Bedingungen, die Norwegen für eine Statistik bietet, sehr erfolgreich weiter, indem er 1) die dermatologischen Krankenblätter des Reichshospitals von 1902 bis 1916 und 2) die dermatologischen Krankenblätter des privaten Finsen-Instituts in Bergen durchsuchte, 3) persönlich Lupusreisen unternahm und 4) eine Umfrage bei einer Auswahl von Ärzten veranstaltete. Die gemeldete Krankenzahl ergab ein ungefähres

Verhältnis von einem Lupuskranken auf 5000 Einwohner. — In Dänemark wurde das Werk Finsen's durch Axel Reyn fortgesetzt. Unter seiner Führung wurde Dänemark immer mehr das vorbildliche Land der Welt in der Lupus-Bekämpfung. In den Kriegs- und Nachkriegsjahren war die Zahl der hauttuberkulösen Kranken beträchtlich gestiegen durch die geringe Behandlungsmöglichkeit und, wie Engelhardt und Cordes in ihrer Arbeit: „Der Einfluß der Kriegs- und Nachkriegszeit auf Psoriasis und Hauttuberkulose" hinwiesen, nicht zuletzt durch den Fettmangel, der ein Sinken der Psoriasis und ein Steigen der Hauttuberkulose verursachte. Auch W. Albert berichtete über ein Steigen der Hauttuberkulösen gegen Ende des Krieges. Ferner fielen zahlreiche Lupuserkrankungen schwerster Art auf, die wie Axel Reyn in einer Veröffentlichung erwähnte, in Dänemark selten zu sehen waren; obwohl auch die geographische Ausbreitung des Lupus in Europa gerade in den gemäßigten, feuchten und kalten Zonen (Rußland, Finnland, Holland, Nordfrankreich z. B.) im Gegensatz zu den heißen Ländern vermehrt war, litt Deutschlands Bevölkerung besonders stark unter der Plage dieser Krankheit. In Amerika war der Lupus angeblich verhältnismäßig selten (Pusey). Von seinen farbigen Rassen waren nur wenige Neger mit Lupus behaftet; erstaunlich, da ja die Tbc-Morbidität gerade dieser Rasse bekannt ist, während die Prozentzahl der erkrankten Indianer relativ hoch war. Australien leidet kaum unter der Hauttuberkulose, ebenso Japan, obgleich von dort Koike ein Zunehmen in den letzten Jahren meldet.

Außer einigen mutigen, aber für die Lupus-Organisation noch ungenügenden Versuchen geschah in Deutschland, abgesehen von den beschriebenen Maßnahmen, lange Jahre kaum etwas wirklich Ernsthaftes gegen die heimtückische Krankheit. Erst gegen Ende der zwanziger Jahre brachten Veröffentlichungen mit örtlichen Statistiken einen neuen Antrieb. Es waren vor allem die Schüler derjenigen Männer in Deutschland, die in der Vorkriegszeit den verheißenden Anfang gemacht hatten, die jetzt, den Rest der jahrelangen früheren Arbeit rettend, einen neuen Aufbau versuchten. Einige von ihnen brachten es

sogar fertig, einen neuen Lupus-Verein zu gründen und damit die Lupus-Bekämpfung zu organisieren. Ganz besonders schwierig war nach dem Kriege die wirtschaftliche Seite des Lupus-Problems geworden. Es ist unumstritten das große Verdienst Stühmer's, diese Frage als Erster nach dem Kriege den Verhältnissen entsprechend gelöst zu haben. In seinem Klinikbereich Westfalen wurde der auf privater „gemeinnütziger" Grundlage aufgebaute Westfälische Verein für Krebs- und Lupus-Bekämpfung weiter ausgebaut. Mit dieser tatkräftigen wirtschaftlichen Hilfe brachte Stühmer ein System in die Lupus-Bekämpfung, welches führend wurde und bis heute blieb. Nach Sicherstellung der finanziellen Grundlage begann er mit der schrittweisen Durchsuchung der Provinz, machte er auf die verschiedenen Ersterscheinungen der Hauttuberkulose durch Vorträge, die er vor Ärzten, Geistlichen, Lehrpersonen, Behörden und allen in der Fürsorge tätigen Helfern hielt, aufmerksam. Bald wurden Lupus-Sprechtage in der ganzen Provinz eingerichtet, Aufklärungsschriften herausgegeben und in der Nachschau ein Netz ambulanter fachärztlicher Behandlungsstellen eingerichtet, ohne den Fachkollegen zu schaden. Trotzdem Stühmer eine Zeit lang an der Organisation und Behandlung der Lupuskranken gearbeitet hatte, so daß er annehmen konnte, die Lupösen seines Bereiches zu kennen, beobachtete er eine ständige Zunahme der Kranken. Dies ist wohl einer der Gründe gewesen, warum er die Organisation noch sorgfältiger aufzog. Denn es galt, alle die zurückgezogen lebenden Kranken, ebenso wie die noch nichts Ahnenden zu erfassen. 1930/31 entstand die Lupus-Heilstätte „Haus Hornheide", deren Entstehungsgeschichte Stühmer mit in die Reihe der Schriften zu Ehren des 60. Geburtstages von Axel Reyn gab.

Stühmer weist in seinen Arbeiten immer auf drei Punkte hin, die die Grundlage der Lupus-Bekämpfung bilden:

1. Erfassung der Kranken,
2. planmäßige, möglichst ökonomische Therapie bis zum Enderfolg,

3. die Sicherung des Enderfolges durch Überwachung und ständige Nachkontrolle.

Trotz der guten Erfahrungen und Erfolge war es in der Systemzeit nicht möglich, das Vorbild der Provinz Westfalen auf das gesamte deutsche Reich zu übertragen. Die innerpolitische Zerfahrenheit und die Finanzen Deutschlands ließen die Verwirklichung eines solchen großen Planes nicht zu. Erst mit dem Umsturz wurde dies möglich. Unter der geistigen Führung des Reichs-Tuberkulose-Ausschusses erhielt die Lupus-Bekämpfung des Reiches ein neues Gesicht. Das Reich wurde in 13 Lupus-Bezirke geteilt, die den Grenzen der Gaue der Deutschen Arbeitsfront entsprachen; in jedem Bezirk wurde ein „Lupus-Beauftragter" ernannt, der natürlich ein hervorragender Lupus-Facharzt war. Die Deutsche Arbeitsfront stellte größere Geldbeträge zur Verfügung, um die Organisation und die Behandlungen beginnen zu können. Durch die Unterrichtungsschreiben Stühmer's wurde in jedem Bezirk die Zentralkartei aufgebaut, deren System jede wichtige Mitteilung über den Lupuskranken wiedergibt. Im gleichen Jahr wurden Richtlinien des Deutschen Zentral-Ausschusses zur Bekämpfung der Tuberkulose über Arbeitsunfähigkeit von Lupuskranken herausgegeben, die einen starken Schutz der Erkrankten darstellten. Weiter gelang es, die Krankenkassenverbände, über die gesetzliche Pflicht hinaus, eventuell bis zur Vollendung des Heilprozesses zur weiteren Hilfeleistung zu gewinnen. Was aber fehlte, war die geschlossene Mitarbeit aller, die dazu in der Lage waren. Dies wurde in etwa erreicht, indem am 24. 3. 34 die Änderung des Gesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose herauskam, welches verfügte, daß die Hauttuberkulose und der Verdacht einer solchen dem zuständigen beamteten Arzt meldepflichtig war. Ein diesbezüglicher Aufruf des Reichsärzteführers gab den weiteren Antrieb. Die Organisation war theoretisch voll und praktisch teilweise aufgebaut. Der Faden läuft vom Arzt oder einer Fürsorgeperson über Kreisarzt zum Lupus-Beauftragten in die Zentralkartei. Da die Karteikarten aller 13 Bezirke Deutsch-

lands gleich und austauschbar sind, kann bei Bedarf in einer Hauptzentrale alles Notwendige und Wissenswerte zusammengestellt und verwertet werden. Grön sprach vor Jahren über den Erfolg einer solchen Lupus-Organisation mit den Worten: „Wenn es jemals in der Tat gelingen würde, eine vollständige und absolut zuverlässige Statistik für Lupus-Vulgaris zu bewerkstelligen und dieselbe ein ganzes Land oder einen mehr begrenzten Landesteil umfaßte, so daß man ein genaues Orts- und Namensregister für alle zu einem bestimmten Zeitpunkt lebenden Lupösen hätte, dann würde man sicher der Lösung mehrerer noch sub judica stehenden Fragen im Begriff Ätiologie und Pathogenese des Lupus vulgaris näher kommen."

Nachdem in dieser Weise auf Antrieb der Reichsregierung und durch Hergabe der erforderlichen Mittel seitens der Deutschen Arbeitsfront eine das ganze Reich umfassende großzügige Organisation geschaffen war, die der Lupusbekämpfung neue Wege und Möglichkeiten eröffnete, wurde der Kampf gegen den Lupus auch in der Rheinprovinz nach dem westfälischen Vorbilde aufgenommen. Mit Ausnahme des Regierungsbezirkes Düsseldorf, der unter einem Unterbeauftragten dem Lupusbeauftragten von Westfalen unterstellt wurde, umfaßt der Bezirk des Lupusbeauftragten des Bezirks Rheinland der Deutschen Arbeitsfront die ganze übrige Rheinprovinz einschließlich des ehemaligen Landesteiles Birkenfeld.

Der Weg der statistischen Erfassung war folgender: Jeder Arzt in den 4 Regierungsbezirken Köln, Aachen, Trier, Koblenz sowie Landesteil Birkenfeld erhielt eine Anfrage, ob ihm in seiner Praxis Lupuspatienten bekannt seien. Diese Anfrage wurde — zum Teil nach mehrfacher Anmahnung — von ca. 60% der Ärzte beantwortet. Die gleiche Anfrage ging natürlich an die Amtsärzte, die mit Hilfe der Kreisfürsorgerinnen und Gemeindeschwestern auch eine große Anzahl Patienten ausfindig machen konnten. Doppelmeldungen ließen sich bei dieser Art der Erfassung nicht vermeiden; sie waren jedoch verhältnismäßig leicht auszumerzen. Anschließend fanden in jedem Kreis in dem Kreishauptort oder, bei großen Kreisen oder solchen mit schlechten

Verkehrsverhältnissen, an mehreren Stellen Lupusuntersuchungen statt. Im ganzen wurden bei der erstmaligen Durchuntersuchung an über 50 Stellen Sprechtage abgehalten. Diese örtlich anberaumten Sprechtage hatten den großen Vorteil, daß eine ganze Reihe von Lupuspatienten, die von keiner Stelle aus gemeldet waren, freiwillig zur Untersuchung erschienen. An dem Sprechtag wurden die einzelnen Patienten genauestens untersucht, jeder einzelne fotografiert und der sogenannte Lupus-Bogen ausgefüllt. Auf diese Weise konnten auch die sozialen Verhältnisse der Kranken, ihr Verdienst, ihre Wohnung, ferner anderweitige vorhandene Erkrankungen, Gebrechen und Verkrüppelungen festgestellt werden.

Von besonderer Wichtigkeit ist das soziale Problem bei der Lupusbekämpfung, das aber hier nur kurz gestreift werden soll. Da dem Beauftragten selbst die Erfassung dieser Seite des Problems ohne weiteres nicht möglich war, wurden zu den jeweiligen Sprechtagen die Kreisfürsorgerinnen und Gemeindeschwestern gebeten, weil diese durch ihre persönliche Fürsorge und Hausbesuche die soziale Lage der einzelnen Patienten aufs Genaueste kennen. Als wichtigste Tatsache ergab sich hier, daß die übergroße Mehrzahl aller Patienten aus den ärmsten Volkskreisen stammen. Auch wenn es sich um gelernte Arbeiter, Handwerker, Angestellte, Kaufleute oder Beamte handelte, so waren es doch immer auch aus diesen Kreisen ihrem Einkommen nach zu den Armen zu rechnende Menschen. Man sieht dies am besten daraus, daß ein persönlicher Zuschuß zu den Kurkosten, die durchschnittlich 400—700 Mark betragen, fast nie zu erhalten war. Auch beim besten Willen und nach objektiven Untersuchungen durch die Kreisfürsorgerinnen oder Gemeindeschwestern waren in den wenigen Fällen, wo eine Beihilfe durch die Patienten selbst zu den Kurkosten geleistet wurde, kaum mehr als 50 - 80 Mark zu erhalten.

Daher ist die Tatsache, daß die Landesversicherungsanstalt auch für Nichtversicherte in dringenden Fällen die Kurkosten bis zur Hälfte übernimmt, von ausschlaggebender Bedeutung für die Lösung des Problems.

Die zweite Hälfte der Kurkosten aufzubringen, bildet natürlich für viele arme Gemeinden oder Kreise, wie die der Eifel, des Hunsrücks oder des Westerwaldes, auch noch eine ungeheuere finanzielle Belastung. In diesen Fällen ist es das Tbc-Hilfswerk der N. S. V., das hier in einer ganzen Reihe von Fällen helfend einsprang. Erst durch die bis dahin beispiellose Initiative der führenden Männer des Dritten Reiches konnte den Lupuspatienten wirksame Hilfe gebracht werden; nicht in Form eines Almosens, sondern durch das Eintreten des einen Volksgenossen für den anderen, des Reichen für den Ärmeren, und durch eine wirkliche volksnahe Gesundheitsführung, wie wir sie in der Tat in der Landesversicherungsanstalt verwirklich sehen, die auch für Nichtversicherte einen Teil der Kurkosten übernimmt, so daß also auch der versicherte für den nichtversicherten Volksgenossen mit bezahlt und ihm so wieder zur Gesundheit verhilft und ihm dadurch den Weg zur Eingliederung in den Arbeitsdienst bahnt.

In den beiden Gauen Köln-Aachen und Koblenz-Trier (diese Gaue entsprechen den vier genannten Regierungsbezirken) wurden im ganzen 2018 Kranke mit Hauttuberkulose gemeldet. Von diesen Kranken wurden 316, da sie in Köln-Stadt und -Land wohnten, an den 1936 ernannten Beauftragten für Köln-Stadt und -Land abgegeben. Die 1702 Kranken wurden zu den Lupusterminen in den einzelnen Kreisorten bestellt. 1101 Patienten wurden an den Sprechtagen untersucht. Bei 6 Patienten konnte die Diagnose Hauttuberkulose nicht bestätigt werden; hier handelte es sich um Lues oder Rosacea. 1095 Untersuchte wurden karteimäßig mit der Diagnose Hauttuberkulose erfaßt.

Von diesen 1095 Patienten waren

686 = 62,65% weibliche Patienten mit einem Altersdurchschnitt von 43,7 Jahren,

409 = 37,35% männliche Patienten mit einem Altersdurchschnitt von 37,9 Jahren.

Dieses weite Überwiegen der weiblichen Patienten wurde in ungefähr gleichem Maße von den meisten bisherigen Statistiken gemeldet. Kropatsch, Wien, fand 1930 58,4% Frauen und 41,6% Männer, Malkin, Leningrad, 1934 unter 30000 Hauttuber-

kulösen 57,7% Frauen und 42,2% Männer, Frankovic, Vladimir, 60,3% Frauen und 39,6% Männer, van Vonno, Utrecht, 67% Frauen und 33% Männer.

Das gleiche Verhältnis, bis zur Zweidrittelgrenze sogar, wird mit einigen Ausnahmen (Leeuwen, Utrecht, fand Frauen = Männer) von den dänischen, norwegischen Zahlen (über 70% Frauen) bestätigt; ebenso von Meyer, St. Louis ($^2/_3$ Frauen), Collinelli, Bologna ($^2/_3$ Frauen), sowie von allen bisher erschienenen deutschen Teilstatistiken. Ob die Annahme von Kropatsch, daß die Eitelkeit diese zahlreicher zum Arzt führen, zu Recht besteht, muß man anzweifeln, da das bisher unerklärbare Mehrbefallensein der Frauen auch bei genauester Durchkämmung eines Bezirks als Tatsache zu finden ist; besonders bei den Zahlen der Landbevölkerung.

Bei der Frage nach dem Wohnort der Patienten verteilten sich unsere Kranken mit

682 Patienten in bäuerlichen Ortschaften, Dörfern, Gehöften,
250 Patienten in mittelgroßen Städten, Kleinstädten,
154 Patienten in Großstädten,
9 Patienten in Pflegeanstalten.

Die Verteilung von Land zu Stadt ist jedoch nicht so groß, wie bisher angenommen wurde, wenn auch die meisten bisherigen Ergebnisse, u. a. von Leipold (Greifswald), Finkelstein (Kowno), Bremener (Moskau), van Vonno (Utrecht), dies aussagen. Einige Autoren, Kressner (Würzburg), Jaga (Italien), Grön (Norwegen), fanden ein umgekehrtes Verhältnis. Letzterer spricht sogar von Stadt- zu Landverteilung im 2:1-Befund. Stümpke (Hornheide) bearbeitete 1930 die Provinz Hannover und fand unter 966 Hauttuberkulösen allein 282=29% in der Stadt Hannover. Um diese Verteilungsfrage zu klären, durchsuchten wir einen Teil unseres Bezirkes aufs Genaueste, nämlich Bonn/Stadt und -Land; diese Idealenquête ist im ganzen Gau infolge der bisherigen kurzen Zeitspanne erst in den nächsten Jahren zu erreichen. Dabei kamen wir zu einem auffellend hohen Ergebnis für die Stadtbevölkerung. Von 100000 Einwoh-

nern der Stadt Bonn waren 138 = 1,38 pro mille Kranke. Der Unterschied ist nicht sehr groß, da Bonn als eine Stadt mit einwandfreien hygienischen Voraussetzungen und wirtschaftlich gut gestellten Bewohnern gelten darf; Voraussetzungen, die in Industriegegenden fehlen und wichtige Faktoren in der Lupus-Verbreitung sind. Die prozentuale Beteiligung für Lupuskranke wurde von

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Grön (Norwegen) | mit | 1 | Kr. auf | 5000 | Einw. |
| Neisser (Deutschland) | „ | 1 | „ „ | 3260 | „ |
| Reichsstatistisches Amt | „ | 1 | „ „ | 5500 | „ |
| von Zumbusch (Bayern) | „ | 1 | „ „ | 5000 | „ |
| Pelc (Tschechei) | „ | 1 | „ „ | 4500 | „ |
| von Berde (Ungarn) | „ | 1 | „ „ | 1411 | „ |

angegeben. Stühmer, der in siebenjähriger Arbeit eine genaue Durchuntersuchung der Provinz Westfalen durchgeführt hat, fand 1,5 Lupuspatienten auf 1000 Einwohner. Wir können diese Zahl an Hand von drei exakt durchuntersuchten Kreisen bestätigen. Sie ist keinesfalls, wie bisher vielfach angenommen wurde, zu hoch gegriffen. Stühmer kommt sogar auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die Lupuskrankenzahl für Deutschland auf 60000 zu schätzen ist.

Was die soziale Seite des Lupusproblems anbelangt, so zeigen einige Befunde aus unseren Erhebungen, wie schlecht im allgemeinen die Lebensverhältnisse der Lupuspatienten sind, ein Zustand, auf den auch andere Autoren hinweisen. Wir fanden z. B. bei 10% der Lupösen unseres Bezirkes vollkommen ungenügende Wohnungsverhältnisse (Bänke als Schlafstellen, zu viele Bewohner in einem Raum, mangelnde Pflegemöglichkeiten). 20% der Kranken hatten keine Schlafstelle für sich allein.

Bei 1060 Hauttuberkulösen konnte festgestellt werden, in welchem Lebensalter das Leiden begann.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| vom | 1.— 5. | L-Jahr | bei | ♀ | 78= 7,35% | u. bei | ♂ | 68=6,41% | zus. | = 13,76% |
| „ | 6.—10. | „ | „ | „ | 121=11,41% | „ | „ | 65=6,13% | „ | = 17,54% |
| „ | 11.—15. | „ | „ | „ | 91= 8,58% | „ | „ | 38=3,58% | „ | = 12,16% |
| „ | 16.—20. | „ | „ | „ | 87= 8,20% | „ | „ | 50=4,71% | „ | = 12,91% |
| „ | 21.—30. | „ | „ | „ | 94= 8,86% | „ | „ | 61=5,75% | „ | = 14,61% |
| also 753 Pat. v. 0.—30. L-Jahr: 471 ♀ =44,4% u. 282 ♂ =26,58% zus. 70,98% | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| vom | 31.—40. | L-Jahr | bei | ♀ | 76= 7,16% | u. bei | ♂ | 50=4,71% | zus. | = 11,87% |
| „ | 41.—50. | „ | „ | „ | 64= 6,03% | „ | „ | 32=3,01% | „ | = 9,04% |
| „ | 51.—60. | „ | „ | „ | 40= 3,77% | „ | „ | 21=1,98% | „ | = 5,75% |
| „ | 60.— | „ | „ | „ | 17= 1,60% | „ | „ | 7=0,66% | „ | = 2,26% |
| also 307 Pat. v. 31.—60. L-Jahr: 471 ♀ =18,56% u. 110 ♂ =10,36% zus. 28,92% | | | | | | | | | | |

753 = 70,98 % aller Patienten bemerkten also das erstmalige Auftreten einer erkrankten Haut in den ersten dreißig Lebensjahren

— 471 = 44,40 % Frauen und 282 = 26,58 % Männer, — während die restlichen 307 Patienten = 28,92 %

— 197 = 18,56 % Frauen und 110 = 10,36 % Männer — sich mit ihrer Ersterkrankung vom 30. bis über das 60. Lebensjahr hinaus verteilten. Hält man diesen Ergebnissen die im August 1936 nur gefundenen 345 Erkrankten unter 30 Jahren (155 Männer, 190 Frauen) entgegen, so ist die hohe Durchschnittsziffer der jetzt erkrankten Männer mit 37,9 Jahren und Frauen mit 43,71 Jahren zu verstehen.

Dies zeigt eindeutig, wann und warum die Betreuung beim jugendlichen Patienten mit voller Macht einzusetzen hat. Denn wieviel öffentliche Gelder (nur eine geringe, nicht zu rechnende Krankenzahl vermag die Behandlung ihres Leidens selbst zu tragen) bisher nutzlos verzettelt wurden, deckt die Nachforschung auf, welche Patientenzahl vor einer Zeitspanne von mehr als zehn Jahren einen Arzt aufsuchten. Da die Erfolge nicht schnell da waren, oder die Gelder fehlten, oder die teilweise Heilung die Nachlässigkeit aufkommen ließ, war der Erkrankte oft Monate lang in Behandlung oder nicht. Dies kostete dem Volksvermögen Unsummen, besonders wenn man die unterschätzte Anzahl der Hauttuberkulösen von ganz Deutschland bedenkt. Bei 509 Pa-

tienten, also 46,4% von 1095 heute lebenden Erkrankten, war dieser Zustand zu finden. Es ist dies nur zu einem geringsten Teil der ungenügenden Behandlungsart der Ärzte zuzuschieben, vielmehr einzig und allein einer fehlenden Betreuung der Erkrankten, die streng wachend und aufklärend für den Patienten kämpft. Wenn schon viele Fachärzte und Allgemeinpraktiker die Heimtücke der Erkrankung oft zu spät erkannten, so ist eine selbsttätige Mitarbeit der Patienten wohl kaum zu erwarten und zu erreichen. Der Patient geht bei der heutigen Lupusbekämpfung, wie wir täglich beobachten können, durch die ersten Erfolge vertrauend und hoffend, voll und ganz mit, wenn er merkt, daß die Gesundheitsführung sein Bestes will.

Die Hauptgefahr des Entstehungsalters der Hauttuberkulose liegt bei unseren Kranken in den beiden ersten Jahrzehnten. Da dabei der höchste Prozentsatz von 17,54% in die Zeit des schulpflichtigen Alters (6. bis 10. L-Jahr) fällt, stellt die Erfassung durch die pflichtmäßige Mitarbeit der Erzieher in der Jugendführung eine Erleichterung dar. Leider ist es in einigen Fällen bisher nicht möglich gewesen, uneinsichtsvolle Eltern von der Notwendigkeit einer Behandlung ihres Kindes zu überzeugen. Vassiljev (Russland) stellte 1934 ebenfalls eine hohe Zahl der Erstentstehungszeit der Hauttuberkulose bei befallenen Kindern im Alter von zehn Jahren fest, die jedoch bei ihm ausgesprochen in den ersten fünf Lebensjahren lag. von Berde (Ungarn) fand 1931 ein starkes Anwachsen der Hauttuberkulose vom 2. bis 16. L.-Jahr; niemals eine Erkrankung im ersten Lebensjahr. Batunin und Kumakov (Cazan-Russland) berichten ebenfalls von der Hauptgefahr in den ersten 15 Lebensjahren. In den zahlreicheren Statistiken über Lupus-vulgaris wird die Gefährdung der ersten 15 Lebensjahre immer wieder betont, so von Albert, Kisch-Berger (Deutschland), Grön (Norwegen), Meyer (St. Louis), Malkin (Russland), Collinelli (Italien), Darier (Frankreich). Heute bleibt in Deutschland ein der Lupus-Organisation gemeldetes Kind bis zur restlosen Heilung, und durch die Nachkontrollen darüber hinaus, in der Betreuung des Lupusbeauftragten.

Nach Pelc (Tschechei), Leipold (Deutschland) und den früheren Ergebnissen des Reichsstatistischen Amts sind Knaben prozentual häufiger befallen als Mädchen. Unsere Befunde stimmen (besonders vom 6. bis 10. Jahr — 11,41% Mädchen, 6,13% Knaben —) mit den Zahlen von Albert und von von Berde überein, die schon in den ersten fünfzehn Lebensjahren ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts zeigen (von Berde: 290 Mädchen = 27,34%, 171 Knaben = 16,12%). Frankovic gab eine geringe Geschlechtsdifferenz im ersten Lebensjahrzehnt an, im zweiten war sie bei seinem Befund bei den Mädchen schon ausgebildeter. Das häufigere Befallensein der Erstinfektion beim weiblichen Geschlecht bleibt nach unseren Untersuchungen in jeder Altersstufe bestehen.

In der Nachforschung nach früheren, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Hauttuberkulose-Erstinfektion stehenden, überwundenen schweren Erkrankungen konnten bei 452 Patienten folgende gefunden werden:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Halsdrüsenentzündung | 256 | Patienten | = 56,33% |
| Lungentuberkulose | 62 | „ | = 13,71% |
| Gelenk- und Knochentuberkulose | 36 | „ | = 7,96% |
| Asthma — Bronchiale | 28 | „ | = 6,19% |
| Pneumonie | 26 | „ | = 5,75% |
| Pleuritis | 14 | „ | = 3,09% |
| Augenerkrankung | 12 | „ | = 2,65% |
| Erysipel | 9 | „ | = 1,99% |
| Rachitis | 6 | „ | = 1,32% |
| Diphtherie | 3 | „ | = 0,66% |

375 Patienten konnten angeben, wonach oder unter welcher gleichzeitigen anderen Erkrankung ihre Hauttuberkulose auftrat:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verkratzte Geschwüre und Pickel | 100 | Patienten | = 26,66% |
| Halsdrüsenoperation | 75 | „ | = 20 % |
| Verletzungen, Schürfwd., Quetsch. | 60 | „ | = 15,99% |
| Verkratzte Muttermale | 20 | „ | = 5,33% |
| Erfrierungen, Verbrennungen | 17 | „ | = 4,53% |
| Schwangerschaft, Wechseljahre | 16 | „ | = 4,26% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Masern | 17 | Patienten | = 4,53% |
| Erysipel | 15 | „ | = 4 % |
| Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankung | 12 | „ | = 3,2 % |
| Knocheneiterungen | 11 | „ | = 2,93% |
| Grippe | 7 | „ | = 1,86% |
| Augenerkrankungen | 6 | „ | = 1,6 % |
| Pneumonie | 5 | „ | = 1,33% |
| Lungentuberkulose | 5 | „ | = 1,33% |
| Schnupfen | 5 | „ | = 1,33% |
| Impfung | 4 | „ | = 1,06% |

Die Wichtigkeit der „Drüsen", der Tuberculosis colliquativa für die Erkrankung an Lupus ist schon bekannt, jedoch sei in diesem Rahmen auf den häufigen Zusammenhang hingewiesen. Auf die auslösende Wirkung der Masern bei Lupuserkrankung wies schon mehrfach Hoffmann hin. Leider war es durch die Begrenzung der Zeit und vor allem der finanziellen Ausgabe nicht möglich, unsere Patienten auf tuberkulöse Miterkrankungen, insbesondere auf vorhandene oder abgelaufene Lungentuberkulose zu untersuchen. Es ist jedenfalls sicher, daß Lungentuberkulose in weit häufigerem Maße bei Lupus vorkommt, als wie es früher angenommen wurde. Dies wies auch Nolte in seiner Arbeit nach. A. Brainin fand bei 320 Hauttuberkulösen, von denen Röntgenogramme angefertigt wurden, zwar wenig richtige Formen der Lungentuberkulose; in der Mehrzahl beobachtete er feste fibröse Hilusherde. Ein Vergleich zwischen schwerer Hauttuberkulose und dem Lungenbefund brachte keinerlei Zusammenhang zwischen diesen. Ebenso stellte Geszti vom Lungensanatorium Debrecen unter seinen zahlreichen Patienten kaum $^1/_2$% mit Hauttuberkulose fest. Von Berde fand 2% der Hauttuberkulösen als Lungenschwindsüchtige. Schwere Lungentuberkulose zeigte niemals hauttuberkulöse Erscheinungen. Dagegen fand Stühmer unter 1275 Lupuspatienten 83 Lungentuberkulöse, Ebskow (Finsen-Institut) bei seinen Patienten 53% Lungentuberkulöse (6 aktive). W. Mündelein (Münster) stellte bei 129 verstorbenen Lupösen in 40 Fällen die allgemeine Tuberkulose als Ursache fest.

Von Wichtigkeit ist die Frage, ob in der Familie Lungentuberkulose vorhanden ist. Wir fanden bei 233 Patienten = 21% ein oder mehrere Familienmitglieder befallen. Kressner fand sogar 40%, wobei allerdings das Überwiegen der städtischen hauttuberkulösen Bevölkerung der Statistik betont werden muß.

Von besonderer Bedeutung ist natürlich die Frage über die Verteilung der verschiedenen Hauttuberkulosearten innerhalb der Zahl der betreuten Patienten. Von den 1095 Patienten entfallen auf:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Lupus-vulgaris | 802 | Pat. | =73,21% | (512♀ und | 290♂) |
| Tbc.-colliquativa | 92 | „ | = 8,40% | ( 55 „ „ | 37 „ ) |
| Tbc.-verrucosa | 39 | „ | = 3,56% | ( 6 „ „ | 33 „ ) |
| Eryth.-indurat. | 16 | „ | = 1,46% | ( 16 „ „ | 0 „ ) |
| Lichen-scrofulos. | 8 | „ | = 0,73% | ( 5 „ „ | 3 „ ) |
| Pap.-nekr. Tubercul. | 6 | „ | = 0,54% | ( 4 „ „ | 2 „ ) |
| Boeck'sches Sarkoid | 5 | „ | = 0,46% | ( 4 „ „ | 1 „ ) |
| Lupus-pernio | 5 | „ | = 0,46% | ( 4 „ „ | 1 „ ) |
| Tbc.-ulcerosa | 3 | „ | = 0,27% | ( 3 „ „ | 0 „ ) |
| Granul. anulare | 1 | „ | = 0,09% | ( 1 „ „ | 0 „ ) |
| Angiolup. Broecq. Pautrier | 1 | „ | = 0,09% | ( 1 „ „ | 0 „ ) |
| Lupus-Carcinom | 20 | „ | = 1,82% | ( 13 „ „ | 7 „ ) |
| Lupus-erythematodes | 97 | „ | = 8,85% | ( 62 „ „ | 35 „ ) |

Die Verteilung unserer 802 Lupus-vulgaris-Kranken betrug
für das weibliche Geschlecht 512 = 64 %,
für das männliche Geschlecht 290 = 36 %.

Zum Vergleich führe ich die Zahlen anderer Autoren an:

| | Pat.-Zahl | Frauen | Männer |
|---|---|---|---|
| Grön (1921) | 379 | 73% | 30,1% |
| Kropatsch (1931) | 1332 | 58% | 42 % |
| von Berde (1931) | 186 | 60% | 40 % |

Die Frage der Beteiligung der Schleimhaut, besonders der Nase, ist auch von ganz außerordentlicher Wichtigkeit. Es ist bekannt, daß der Lupus der Nasenschleimhaut eine der hartnäckigsten Miterkrankungen bei Lupus-vulgaris ist. Wir stellten

dies bei 257 Patienten von unseren 802 Lupus-vulgaris-Kranken fest. Die Zahl der an der Schleimhaut erkrankten Patienten aller Hauttuberkulosen geht fast ausschließlich, wie auch von anderen Autoren betont (Kisch-Berger), auf das Lupus-vulgaris-Konto. Bei systematischer rhinologischer Untersuchung unserer Kranken würde sich die Zahl der Schleimhauterkrankungen bedeutend erhöhen. Vassiljev fand unter 360 Hauttuberkulösen 264 mit Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege, wobei der größte Teil ins jugendliche Alter fiel. Vor allem traf die hohe Zahl bei ulcerösen Hauttuberkuloseformen zu; die ulcerösen Gesichtsformen litten fast alle an Schleimhauttuberkulose. Malkin fand 67% mit Schleimhautaffektionen. Nowack stellte 901 Lupösen 176 = 19,5% Schleimhautaffektionen fest, Albert 27% bei 875 Erkrankten, Kropatsch 34% bei 1332 Patienten. Ebskow berichtete über 92%iges Ergriffensein der Nasenhöhle bei Schleimhautlupus. Albanus fand bei einer untersuchten Zahl von Gesichtslupus nur 12% frei von Nasenschleimhautlupus. Ein Zusammenarbeiten mit den Rhinologen wurde teilweise schon vor dem Krieg gefordert.

Dieses Mitergriffensein der Nasenschleimhaut ebnet den Weg zu den 20% Mutilationen unserer Lupus-vulgaris-Patienten. Mit wenigen Ausnahmen, die Mittelpartie des Gesichts treffend, verursachen sie größte Schwierigkeiten für den behandelnden Arzt. Über die tuberkulöse Mitinfektion anderer Organe beim Lupus-vulgaris gilt das vorhin, bei den vorangegangenen oder auslösenden Erkrankungen der Hauttuberkulose, Gesagte. Außer der schon oben erwähnten Bereitschaft im jugendlichen Alter beobachteten wir das Auftreten des Lupus-vulgaris in jeder Altersstufe. In unserem Krankengut befanden sich mehrere Patienten, bei denen das Leiden nach dem 60. Lebensjahr zum ersten Male auftrat. Bolag, Fischl, Albert bestätigten dies ebenfalls, während von Berde dies ablehnt.

Die Berufsverteilung des Lupus-vulgaris ist bei den 290 Männern:

| | |
|---|---|
| Landarbeiter | 71 |

| | |
|---|---|
| gelernte Arbeiter (Handwerker) | 65 |
| ungelernte Arbeiter | 55 |
| Schüler, Lernende | 39 |
| Beamte, Kaufleute, Angestellte | 32 |
| Schneider | 9 |
| Metzger | 3 |
| sonstige Berufe | 16 |

512 Frauen:

| | |
|---|---|
| Hausfrau — Land | 281 |
| Hausfrau — Stadt | 132 |
| Fabrikarbeiterinnen | 14 |
| Schülerinnen, Lernende | 23 |
| Beamte, Kaufleute, Angestellte | 19 |
| Schneiderinnen | 21 |
| sonstige Berufe | 22 |

Eine besondere Hervorhebung fällt bei Schneidern und Schneiderinnen auf, was auch schon von Pelc bestätigt wurde; ebenso waren unter den Arbeitern und Arbeiterinnen diejenigen, die in den Tuchfabriken des Aachener Bezirks arbeiteten, besonders beteiligt. Von den Handwerkern standen Schlosser (Schmiede), Schuhmacher — letzteres auch durch Volk beschrieben — an erster Stelle. Bei den meisten befallenen Landleuten handelte es sich um kleinste Betriebe. Malkin fand bei der Berufsverteilung seiner Hauttuberkulösen die Bauern mit 37%, Arbeiter mit 35%, Beamte mit 8,4%, Schüler mit 7% beteiligt. Albert (Deutschland) und Pelc (Tschechei) fanden den Arbeiter meist belastet. von Berde (Ungarn) berichtet von seinen Lupus-vulgaris-Patienten in folgender Verteilung:

| | |
|---|---|
| Arbeiter, Dienstboten, Tagelöhner, im Nebengewerbe Landwirtschaft, und deren Angehörige | 35,5% |
| Landwirtschaftliche Arbeiter und deren Angehörige | 28,5% |
| Handwerker und deren Angehörige | 20,4% |
| Beamte und deren Angehörige | 8,6% |
| kleine Angestellte und deren Angehörige | 3,7% |
| Kaufleute usw. und deren Angehörige | 3,2% |

Wenn auch Grön von nur zwei Drittel Beteiligung armer Bevölkerung und einem Drittel besser Gestellter berichtet, so läßt sich aus unserer Verteilung der Berufe die Tatsache erkennen, daß die verbreitetste Hauttuberkulose, der Lupus-vulgaris, meist in den wirtschaftlich schlecht gestellten Schichten zu suchen ist. Grön steht mit diesem Befund und dem, daß der Lupus-vulgaris doppelt so häufig als auf dem Land vorkomme, wohl deshalb im Gegensatz zu den meisten anderen Autoren, weil er seine Erfahrungen in einem wirtschaftlich äußerst günstigen Lande sammeln konnte.

Aus den hohen Multilationsbefunden im Gesicht läßt sich ein überwiegendes Befallensein des Kopfes beim Lupus-vulgaris erkennen. Dies bestätigte sich auch bei der Zusammenstellung der Lokalisation.

| | Es litten von | 512 Frauen | 290 Männern |
|---|---|---|---|
| mit der Lokalisation | Gesicht (Hals) | 381=75% | 198=68% |
| | Hals allein | 32 | 34 |
| | Arm, Bein | 54 | 25 |
| | Hand | 21 | 12 |
| | Fuß | 3 | 5 |
| | Rücken | 10 | 11 |
| | vorw. Oberarm | 11 | 5 |

Leloir, Albert, Grön, Pelc, Forschhammer (81%), Kisch-Berger (62%), Malkin (63%), Darier (80%) berichten gleichfalls von dem Mehrbefallensein des Kopfes, wobei von Berde, wie wir, niemals Lupus-vulgaris auf dem behaarten Kopf sah; er sah unter

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Frauen: | Gesicht | 307 | Männer: | Gesicht | 154 |
| | Hals | 33 | | Hals | 20 |
| | Rumpf | 6 | | Rumpf | 2 |
| | Arm und Bein | 70 | | Arm und Bein | 52 |

Kropatsch fand 68,5% Lupus-vulgaris im Gesicht bei Frauen und 55,9% bei Männern. Volk fand 33,8%, Jadassohn 45,7% Befallensein des Gesichts mit Lupus-vulgaris. Nach dem Gesicht sind die Extremitäten und die Halsgegend am

meisten befallen. Kropatsch fand an seiner Klinik die gleiche Reihenfolge.

92 Patienten = 8,4 % aller erfaßten Hauttuberkulösen, wobei allerdings in 15 Fällen gleichzeitig Lupus-vulgaris vorhanden war, litten an Tuberculosis-colliquativa. Collinelli berichtet von 12 %, meist im Alter zwischen dem 10. und 20. Jahr. Das häufigste Vorkommen fand sich bei unserem Krankengut in den ersten Lebensjahrzehnten. Vor allem trat die Tuberculosis-colliquativa beim geschwächten Körper auf, so bei Jugendlichen nach Infektionskrankheiten (Masern, Grippe, Scharlach, Lungenentzündung). Fast ausnahmslos ist die Lokalisation in der Gegend der Halslymphdrüsen.

Von den 77 Patienten, die keine Lupus-vulgaris als Miterkrankung hatten, waren 44 weiblichen und 33 männlichen Geschlechts.

Die Lokalisation war bei

| Frauen | | Männern |
|---|---|---|
| 11 | unterer Wangenteil | 4 |
| 25 | Hals | 19 |
| 2 | Arm, Bein | 4 |
| 0 | Hand | 4 |
| 1 | Fuß | 1 |
| 2 | Rumpf | 1 |

Die Berufsverteilung:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hausfrauen — Land | 26 (9) | Landarbeiter | 11 (3) |
| Hausfrauen – Stadt | 6 (2) | ungelernte Arbeiter | 9 (1) |
| Arbeiterinnen | 3 | gel. Arbeiter (Handwerk.) | 7 |
| Kaufl., Beamte, Angest. | 2 | Kaufl., Beamte, Angest. | 2 |
| Schülerinnen | 3 | Schüler | 3 |
| Schneiderinnen | 1 | Schneider | 1 |
| sonst. Berufe | 1 | | |

wobei die geklammerten Ziffern die Doppelfälle von Tuberculosis colliquativa mit Lupus-vulgaris anzeigen. Bei 8 Patienten war Lungentuberkulose, bei 6 Patienten war Knochentuberkulose gleichzeitig vorhanden.

Die in der Prognose wohl nie ungünstig verlaufende Tuberculosis-verrucosa ist an den etwas derben, warzenartigen Erhebungen, die sich auf bläulich erscheinender Unterlage zentrifugal oder serpignös ausbreiten, zu erkennen. Die Tbc-Ursache ist als solche erkannt und entsteht meist durch Infektion von außen oder durch Autoinfektion bei Schwindsüchtigen, wenn auch einige Autoren (Kren, Jadassohn, Hoffmann) hämatogene Aussaat als Ursache beobachteten. Wir fanden bei unseren 39 Patienten 5 mit Lungen-, Knochen- oder Hodentuberkulose und 4 Patienten mit tuberkulöser Belastung der Familie. 10 Patienten hatten gleichzeitig Lupus-vulgaris. Für die exogene Infektion spricht auch die Verteilung vom Typ humanus und vor allem bovinus sowie das Befallenwerden in solchen Berufen, die mit infektiösem Material zu arbeiten haben. Bezeichnend ist auch die Lokalisation.

Von unseren 39 Patienten = 3,56% der 1095 Hauttuberkulösen waren 33 Männer und nur 6 Frauen befallen. Ledermann (Breslau 1932) fand 6,3% bei 1032 Hauttuberkulösen: 48 Männer, 17 Frauen. Collinelli berichtet von 1,7%, van Vonno von 1% Tbc.-verrucosa.

Die Berufsverteilung unserer Patienten war:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hausfrau — Land | 4 | Berg- und Steinarbeiter | 10 |
| Hausfrau — Stadt | 2 | Metzger | 9 |
| | | Handwerker | 5 |
| | | Landarbeiter | 4 |
| | | sonst. Berufe | 5 |

Bei der Lokalisation waren ergriffen:

| Frauen | | Männer |
|---|---|---|
| 3 | Hand | 26 |
| 2 | Fuß | 4 |
| 0 | Arm, Bein | 2 |
| 1 | Rumpf | 1 |

Ledermann berichtet von dem Befallensein der oberen Extremitäten in 55 Fällen, der unteren Extremitäten in 10 Fällen. Bei uns wie bei seinen Patienten waren Finger, Greifhandrücken

am meisten erkrankt. Euteneuer fand bei den damaligen Erkrankten der Bonner Hautklinik ungefähr die gleichen Zahlen wie wir. Das Infektionsalter lag bei unseren Patienten wie bei denen von Collinelli in den späteren Lebensjahrzehnten.

Das meist schmerzlose und oft ulcerierende Erythema-indur. Bazin kam unter unserem Krankengut 16 mal = 1,46% vor (Collinelli 3%). Es waren nur Frauen im jugendlichen Alter, die an den Knöcheln bzw. Unterschenkeln erkrankten. Eine tuberkulöse Ursache ist bisher nur von Philippson durch den Tierversuch bestätigt worden.

Die anderen unter die Hauttuberkulose zu rechnenden Erkrankungen kamen unter unseren Patienten sehr selten vor, jeweilig unter 1%. Wir fanden:

| | | |
|---|---|---|
| Lichen scrophulosorum | (bei 5♀ und 3♂)<br>Hals, Ohr, U-schenkel | 8 |
| Pap. necr. Tuberculide | (bei 4♀ und 2♂)<br>U-schenkel, Rumpf | 6 |
| Boeck'sches Sarcoid | (bei 4♀ und 1♂)<br>Nase, Stirn, Kinn | 5 |
| Lupus pernio | (bei 4♀ und 1♂)<br>Nase | 5 |
| Tbc.-ulcerosa | (bei 3♀ und 0♂)<br>O-schenkel, Achsel | 3 |
| Granuloma, anulare | (bei 1♀ und 0♂)<br>Kinn | 1 |
| Angilup. Broecqe Pautrier | (bei 1♀ und 0♂)<br>Nase. | 1 |

Auf die Gefährlichkeit des Lupus-Carcinoms machte Asta v. Mallinckrodt-Haupt und besonders Stühmer durch seinen Satz: „Dem unbehandelten Lupuskranken droht der Krebstod", aufmerksam. Mit diesen Worten bezeichnet er den Weg der Lupus-Ca-Patienten, im Gegensatz zu seinem großen Lehrer und Lupus-Kämpfer Neisser, der sich, Gelder für die leichteren Fälle sparend, wenig um die Lupus-Ca-Patienten kümmerte. Von 129 verstorbenen Lupösen aus dem Aktenmaterial des West-

fälischen Vereins für Krebs- und Lupusbekämpfung errechnete 1935 Mündelein 29, die an Lupus-Carcinom starben. Die Carcinom-Erkrankung trat bei seinen Patienten durchschnittlich nach 24jährigem Leiden auf. Silberstein und Ashihara sahen eine durchschnittliche 30jährige Dauer der Erkrankung. Wir fanden bei unseren Carcinom-Patienten einen Durchschnitt von 35,8 Jahren, bei 13 Frauen und von 20 Jahren bei 7 Männern. (Mündelein berichtet von zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männern)

Die Zahl 20 = 1,82% aller Hauttuberkulösen ist bei unseren gemeldeten Fällen so gering ausgefallen, da diese Patienten meist seit Jahren von den Karteien der Lupus-Heilstätten geführt werden oder auch teilweise — ein Fehler in der Organisation — über die Bezirksfürsorge hinweg vom Fach- oder Kreisarzt aus in chirurgische Behandlung gehen oder unter der Fehldiagnose Lues III ausfallen. Die höchsten Ca-Prozentzahlen gibt der Westfälische Verein für Krebs- und Lupusbekämpfung in seinen Untersuchungen mit etwa 5%, Darier mit 4% an. Diesen stehen die Befunde Wichmann, Sequeira, Richter und anderer mit etwa 2% Beteiligung entgegen. von Berde sah 2,5% mit der gleichen Lokalisation wie bei den meisten unserer Fälle, nämlich nur im Gesicht.

Von unseren 1095 Hauttuberkulösen wurden 97 = 8,85% mit Lupus-erythematodes diagnostiziert. Davon waren 35 männlichen und 62 weiblichen Geschlechts. Das befallene Alter lag hauptsächlich in den mittleren Lebensjahren. Zwei Fälle waren in der Jugend unter 20 Jahren erkrankt. Die Lokalisation war bei

| Frauen | | Männer |
|---|---|---|
| 62 | Gesicht | 29 |
| 2 | Hals | 2 |
| | Extremitäten | 2 |
| | Rumpf | 1 |

Das Mehrbefallensein des weiblichen Geschlechts deckt sich mit Darier's Befunden. Ebenso fand Jadassohn, Collinelli und auch Veidel dieses Verhältnis. Die Patienten, die schneller als die Hauttuberkulösen in Behandlung kamen, gaben eindeutig

das erste Auftreten oder die verstärkten Erscheinungen bei dem Jahreszeitenwechsel an. K. Takenouti (Tiba) beobachtete 1935 11 Männer und 9 Frauen, wovon der jüngste Patient 12 Jahre alt war. Wange, Nase, obere Lippe, obere Brust waren bei diesen die Reihenfolge der Häufigkeit in der Lokalisation.

Bei unseren Patienten waren folgende Berufe befallen:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hausfrau — Land | 37 | Landarbeiter | 8 |
| Hausfrau — Stadt | 16 | ungel. Arbeiter | 7 |
| Arbeiterinnen | 3 | gelernt. Arbeiter (Handw.) | 7 |
| Schülerinnen | 1 | Schüler | 1 |
| Beamte, Kaufl., Angest. | 2 | Beamte, Kaufl., Angest. | 6 |
| Schneiderinnen | 3 | Schneider | 1 |
| | | sonst. Berufe | 5 |

Bei 9 Patienten waren Schleimhäute von Nase oder Mund ergriffen. 8 Patienten waren lungenleidend, 2 hatten Knochentuberkulose.

## Literaturverzeichnis.


W. Albert: „Statische Untersuchungen über Hauttuberkulose." Strahlentherapie 32, 309.

H. Axmann: „Ambulante oder stationäre Lupusbehandlung?" Strahlentherapie Bd. 28, 621.

— „40 Jahre Lupusbekämpfung." Strahlentherapie Bd. 31, 821.

Arzt-Zieler: „Die Haut- und Geschlechtskrankheiten." Bd. 3 (Hamel-Hoede).

Berichte des Westf. Vereins für Krebs- und Lupusbekämpfung e. V. Münster/Westf. 1932/33/35

L. Bernhardt: „Über Ätzbehandlung des Lupus vulgaris." Derm. Wschr. Bd. 95 Nr. 36.

Darier: „Grundriss der Dermatologie" 1936.

M. Euteneuer: „Die Hauttuberkulosen in der Universitäts-Hautpoliklinik in Bonn vom 1. 1. 24 bis 1. 1. 34" Dissertation 1935.

L. Freund: „Bemerkungen zur Lupustherapie" Strahlentherapie Bd. 4, 231.

C. F. Funk: „Bemerkungen zur Organisation der Lupusbekämpfung" Strahlentherapie Bd. 48, 650.

— „Zur Therapie der Hauttuberkulose unter besonderer Berücksichtigung des Lupus vulgaris. Derm. Ztschr. Bd. 68, 1933.

— „Boeck'sches Sarkoid-Lupus pernio- und Lungenbeteiligung" Archiv f. Derm. u. Syphilis Bd. 167, H. 3, 1933.

— „Zur Therapie des Lupus vulgaris" Dtsch. Tbkl. Bl. 1936, H. 9.

C. F. Funk u. Blumenthal: „Die Diätbehandlung der Hauttuberkulose unter besonderer Berücksichtigung der Kombination mit Lichttherapie" Sonderabdruck Str.-Ther. Bd. 45, 1932.

Grön: Über Lupus vulgaris — Arch. f. Derm Bd. 130.

O. Grütz: „Klinische u. histologische Beiträge zur Frage d. Beziehungen zwischen Granuloma anulare u. Tuberkuliden" Arch. f. Derm. 1924.

E. Hoffmann: „Die Behandlung d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten mit kurzer Diagnostik"

Jadassohn (Volk): „Handbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten" Bd. 10.

E. Jacobi: „Behandlung d. Lupus mittels Diathermie" Str.-Ther. Bd. 4, 244.

E. Kisch u. H. Berger: „18jährige klinische Erfahrung d. Lupusbehdlg. in Hohenlychen" Str.-Ther. Bd 45, 31.

O. Kenn: „Die Tuberkulose der Haut" (Wien 1932)

E. Lang: „Zur Geschichte der Lupusbekämpfung“ Str. Ther. Bd. 4, 206.
— „Struktur im Betriebe der Wiener Institution zur Bekämpfung des Lupus u. die Fürsorge f. Lupuskranke“ Str. Ther. Bd. 7, 399.
Levandowsky: „Tuberkulose der Haut“
v. Mallinckrodt-Haupt: „Lupus u. Carcinom“ Sonderabdr. Derm. Zschr Bd. 60, 1931.
— „Die Hauttuberkulose in der Rheinprovinz“ Derm. Ztschr. 1933. 65, 295.
A. Neisser: „Bemerkungen zur Lupusbekämpfung“ Str. Ther. Bd. 2, 16.
Neuordnung der Lupusbekämpfung, RGbl. 1933, 917.
F. A. Nolte: „Röntgenologische Lungenbefunde bei extrapulmonaler Tuberkulose“ Ztschr. f. Tbc. Bd. 68, H. 5, 1933.
Preuß. Gesetzsammlg. 1934, Nr. 18.
A. Rollier: „Sonnen- u. Höhenluftbehandlung d. Lupus“ „Heliotherapie der Tbc.“
A. Strauss: „Wege u. Ziele d. Lupusbekämpfung“ Str. Ther. Bd. 8, 517.
A. Stühmer: „Lupusbekämpfg. u. Lupusbehdlg. als soziales u. ökonomisches.
— „Lupus-Heilstätte „Haus Hornheide“ bei Münster/Westf.“ Str Ther. Bd. 45, 7.
— „Ergebnisse d. Lupusbekämpfung in Westf.“ Arch. f. Derm. 172, 96.
— „Lupusbekämpfung durch planmäßige Behandlung u. Überwachung“ Arch. f Derm. u. Syphilis Bd. 168, H. 2.
— „Organisation d. Lupusbekämpfung“ Str. Ther. Bd. 48, 634.
G. Stümpke: „Organisation d. Lupusbekämpfung i. d. Provinz Hannover“ Str. Ther. Bd. 48, 644.
Wichmann: „Lupus-Therapie“ Str. Ther. Bd. 8, 328.
Zentralblatt für Tbc.-Forschung (ges.) 1931—1936, Bd. 34 bis 44, Abt. Hauttuberkulose.

## Lebenslauf.

Am 13. Juni 1909 wurde ich, Albert Niesen, als Sohn des Kaufmanns Josef Niesen und seiner Ehefrau, geborene Gath, zu Köln geboren. Nach der Grundschule besuchte ich die Handelsrealschule zu, Köln, an der ich 1926 die Abschluß-prüfung bestand. Von 1926 bis 1930 war ich an der Städtischen Oberrealschule in Bonn und legte dort 1930 die Reifeprüfung ab. Die fünf vorklinischen Semester studierte ich an der Marburger Universität, wo ich auch im Jahre 1932 das medizinische Vorexamen bestand. Von den sechs klinischen Semestern belegte ich das erste in Innsbruck, die letzten fünf klinischen Semester in Bonn, wo ich am 26. Oktober 1935 das medizinische Staatsexamen ablegte. Während des praktischen Jahres arbeitete ich an der Universitätsklinik Bürgerhospital in Köln, fünf Monate auf der chirurgischen und sieben Monate auf der internen Abteilung.